

Anhang 1: Fragebogen

Anhang 1 zu Fink M, Lotter I, Sennekamp M. *Factors influencing the length of postgraduate training and motives for choosing general practice as a specialty. Results of a cross-sectional study of general practitioners after completion of the specialist examination.* GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc67. DOI: 10.3205/zma001722

Bitte erstellen Sie nachfolgend Ihren persönlichen Code.

- A) **Erster** Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. Beate → B)
- B) **Erster** Buchstabe des ersten Studienortes, an dem Sie Medizin studiert haben (z.B. Leipzig → L)
- C) & D) Geburtstag der Mutter (**TT** MMJJJJ) (z.B. **03**.05.1960 → 0 3)
- E) **Erster** Buchstabe Ihres Geburtsortes (z.B. Bad Hersfeld → B)

5-stelliger Code (bitte ausfüllen)

A	B	C	D	E

Falls Sie eine oder mehrere dieser Fragen nicht beantworten können, setzen Sie bitte an die entsprechende Stelle ein „X“.

I. Allgemeine Angaben

1. Ihr Geburtsjahr:

2. Ihr Geschlecht: weiblich männlich divers

3. Ihre Staatsangehörigkeit: _____

4. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Sie hauptsächlich aufgewachsen sind?

- bis zu 5.000
- zwischen 5.001 und 20.000
- zwischen 20.001 und 50.000
- zwischen 50.001 und 100.000
- mehr als 100.000
- weiß ich nicht/keine Angabe

5. Ihr Familienstand:

- verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
- In Partnerschaft
- Geschieden
- Single
- Verwitwet

→ Falls Sie einen Partner bzw. eine Partnerin haben, in welchem Jahr ist er bzw. sie geboren?

6. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Ihr Partner/Ihre Partnerin hauptsächlich aufgewachsen ist?

- Ich habe keine/n Partner/in
- bis zu 5.000
- zwischen 5.001 und 20.000
- zwischen 20.001 und 50.000
- zwischen 50.001 und 100.000
- mehr als 100.000
- weiß ich nicht/keine Angabe

7. Leben Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin in häuslicher Gemeinschaft?

- Ich habe keine/n Partner/in
- Nein
- Ja

8. Welchen Beruf übt Ihr Partner/Ihre Partnerin aus? Bitte beschreiben Sie die Berufstätigkeit möglichst genau:

9. Basierend auf Ihrer Lebensplanung, wer wird in Ihrer Partnerschaft voraussichtlich langfristig der oder die Hauptverdiener/in sein?

- Ich habe keine/n Partner/in
- Ich
- eher ich
- zu etwa gleichen Teilen
- eher mein/e Partner/in
- mein/e Partner/in

10. Haben Sie Kinder? Nein Ja

Falls ja: a. Wie viele Kinder haben Sie?

b. Geburtsjahr des jüngsten Kindes:

c. Geburtsjahr des ältesten Kindes:

11. Haben Sie vor dem Medizinstudium bereits eine Berufsausbildung/ein Studium aufgenommen?

- Ja, abgeschlossen und zwar: _____
- Ja, **nicht** abgeschlossen und zwar: _____
- Nein

12. Quartal und Jahr Ihrer Approbation:

13. Ort der Approbation: Deutschland Außerhalb Deutschlands, in: _____

14. Quartal und Jahr des Beginns Ihrer ersten ärztlichen Tätigkeit nach erfolgter Approbation:

15. Quartal und Jahr der Facharztprüfung
Allgemeinmedizin:

a. falls Sie bereits vorher eine
Facharztweiterbildung abgeschlossen
haben, welche Fachrichtung?

b. ggf. Quartal und Jahr einer vorherigen
Facharztprüfung:

16. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	(1) trifft überhaupt nicht zu	(2) trifft eher nicht zu	(3) weder noch	(4) eher zutreffend	(5) trifft voll und ganz zu
(1) Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Ich erledige Aufgaben gründlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Ich werde leicht nervös und unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Angaben zur individuellen Weiterbildung

17. Kennen Sie die Angebote des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen (KW Hessen) für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin?

Nein

Ja

→ Falls ja:

a. Haben Sie am Seminarprogramm des KW Hessen teilgenommen?

Nein

Ja und zwar _____ Jahre, wann zuletzt?: _____

b. Haben Sie am Mentoringprogramm des KW Hessen teilgenommen?

Nein

Ja und zwar _____ Jahre, wann zuletzt?: _____

c. Wie wurden Sie auf das KW Hessen aufmerksam? _____

d. Welche (anderen) Angebote hätten Sie sich als Unterstützung vom KW Hessen gewünscht?

18. Haben Sie Angebote der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) für Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Anspruch genommen?

Nein

Ja → Falls ja, welche(s) dieser Angebote?

Finanzielle Förderung der Famulatur

Summer- und Winterschool

Finanzielle Förderung der Weiterbildung

Doc's Camp

Finanzielle Förderung des Praktischen Jahrs



19. Was hat Sie dazu bewogen, die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zu machen? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Famulatur | <input type="checkbox"/> Doc's Camp | <input type="checkbox"/> Schwerpunktcurriculum Allgemeinmedizin |
| <input type="checkbox"/> Blockpraktikum | <input type="checkbox"/> Landpartie | <input type="checkbox"/> Finanzielle Förderung durch die KVH |
| <input type="checkbox"/> Praktisches Jahr | <input type="checkbox"/> Praxistrack | <input type="checkbox"/> Schnupperwochenende des KW Hessen |
| <input type="checkbox"/> Summer- und Winterschool | <input type="checkbox"/> Persönliche Vorbilder | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

20. Ich habe für folgendes Programm eine finanzielle Förderung von der KVH erhalten: (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Famulatur | <input type="checkbox"/> Praktisches Jahr | <input type="checkbox"/> Ambulanter Abschnitt der Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Keines | <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht/keine Angabe | |

21. Wie wichtig war für Sie die finanzielle Förderung der KVH? sehr wichtig absolut nicht wichtig

22. Haben Sie Ihre komplette Weiterbildung in Hessen absolviert? Ja Nein

→ Falls nein: In welchem anderen Bundesland/Land haben Sie Teile Ihrer Weiterbildung absolviert?

23. Wie haben Sie Ihre Stellen gefunden? (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jobbörse der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen (Koordinierungsstelle) | |
| <input type="checkbox"/> Initiativbewerbung | <input type="checkbox"/> Hessenkarte (Weiterbündungsverbände) der Koordinierungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Kontakte | <input type="checkbox"/> Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen |
| <input type="checkbox"/> auf andere Weise: _____ | |

24. Wie oft haben Sie sich während Ihrer Weiterbildung Allgemeinmedizin auf eine Stelle beworben? -mal

25. Haben Sie, insbesondere im klinischen Teil der Weiterbildung, Ihr Weiterbildungsziel (Facharzt Allgemeinmedizin) offen kommuniziert?

Ja Nein → Falls Nein: Wieso nicht? _____

26. Gab es eine oder mehrere von Ihnen nicht gewünschte Unterbrechung(en) Ihrer Weiterbildung von mindestens einem Monat?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt _____ Monate. Die Gründe hierfür waren _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein |

27. Gab es eine oder mehrere von Ihnen gewünschte Unterbrechung(en) Ihrer Weiterbildung von mindestens einem Monat?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt _____ Monate. Die Gründe hierfür waren _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein |

28. Haben Sie Teile Ihrer Weiterbildung in Teilzeittätigkeit absolviert?

Nein Ja → Falls ja: Welche(n)? _____

→ Bitte erläutern Sie die Gründe hierfür: _____

→ Unter welchen Bedingungen wäre eine Vollzeitätigkeit für Sie in Frage gekommen?

29.1 Wie lange waren Sie während der Weiterbildung Allgemeinmedizin insgesamt stationär tätig? (Schätzen Sie nötigenfalls) _____ Jahre

29.2 Wie lange waren Sie während der Weiterbildung Allgemeinmedizin insgesamt ambulant tätig? (Schätzen Sie nötigenfalls) _____ Jahre

30. Wann haben Sie sich dazu entschlossen, die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zu absolvieren?

- Vor dem Studium Während des Studiums Zwischen Studienende und Beginn der Weiterbildung
- Während der Weiterbildung Nach dem Abschluss einer anderen Weiterbildung

→ Falls "Während der Weiterbildung" oder „Nach Abschluss einer anderen Weiterbildung“:

a. Bitte erläutern Sie:

b. Bitte nennen Sie Ihr ursprüngliches Weiterbildungsziel:

31. Bitte nennen Sie uns Quartal und Jahr, in dem Sie sich dazu **entschieden** haben, die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zu absolvieren?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. Bitte nennen Sie uns Quartal und Jahr, in dem Sie tatsächlich **begonnen** haben, die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zu absolvieren?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

33. Was waren für Sie die entscheidenden Gründe, Allgemeinmediziner bzw. –medizinerin zu werden?

34. Worin sehen Sie Hemmnisse, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden?

35. Spielte eine Berufspause (z.B. Elternzeit) bei Ihrer Entscheidung für das Fach Allgemeinmedizin eine Rolle?

- Ja Nein

36.1 Wie viele ÄiW Allgemeinmedizin bzw. "neue" Fachärzte/Fachärztinnen für Allgemeinmedizin kennen Sie persönlich? (Schätzen Sie nötigenfalls) _____

36.2 Wie viele davon nehmen bzw. nahmen an den Angeboten des KW Hessens teil?

(Schätzen Sie nötigenfalls) _____

37. Wie beurteilen Sie das Ansehen der Allgemeinmedizin...bei Ihnen selbst? sehr gering sehr hoch

... in der Bevölkerung? sehr gering sehr hoch

...bei Kollegen bzw. Kolleginnen anderer Fachrichtungen? sehr gering sehr hoch



41. Wie oft fanden während Ihrer Weiterbildung Feedbackgespräche mit dem/der Weiterbilder/in statt?

Klinik: ____ -mal pro Jahr Sonstiges: _____
 Praxis: ____ -mal pro Jahr Sonstiges: _____

42. Das erhaltene Feedback seitens meines/r Weiterbilders/in konnte ich gut für meine berufliche Weiterbildung nutzen.

Ja Nein Teilweise → Falls „Teilweise“, bitte erläutern Sie: _____

43. Haben Sie während der Weiterbildung an einem organisierten Mentoringprogramm außerhalb des KW Hessen, in dem beispielsweise ein/e erfahrene/r Facharzt/ärztin einen oder mehrere ÄiW betreute, teilgenommen?

Nein Ja → Falls ja, Name des Programms: _____
 → Falls ja, war das Programm hilfreich? nicht hilfreich sehr hilfreich

44. Haben Sie Ihre Weiterbildung in einem Weiterbildungsverbund, in dem Praxen und Kliniken in einem Zusammenschluss Ihre Weiterbildung koordinieren, absolviert?

Nein Ja Teilweise

→ Falls „Ja“ oder „Teilweise“: Wie sind Sie auf den Weiterbildungsverbund aufmerksam geworden?

Beratung durch die Koordinierungsstelle Hessenkarte der Koordinierungsstelle
 Jobbörse der Koordinierungsstelle Beratung durch das KW Hessen
 Persönliche Kontakte Sonstiges _____

→ Falls „Ja“ oder „Teilweise“: Können Sie die Weiterbildung in einem Weiterbildungsverbund empfehlen?

Ja Nein Weiß nicht

45. Wie beurteilen Sie das Verhältnis von Arbeitsaufwand und Entlohnung während Ihrer Weiterbildung?

Klinik: sehr gut sehr schlecht
Praxis: sehr gut sehr schlecht

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
46. Wie wichtig war Ihnen bei der Wahl des Fachgebiets Allgemeinmedizin...?				
(1) geregelte Arbeitszeiten zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) gute Verdienstmöglichkeiten zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) gute Karrieremöglichkeiten zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
(10) damit in eigener Praxis tätig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) an Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) die Kompatibilität Ihres Arbeitsplatzes mit den Arbeitsbedingungen Ihrer Partnerin/ Ihres Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) in einem Team mit anderen Ärztinnen/Ärzten der gleichen Fachrichtung zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) den Arbeitsplatz in Wohnortnähe zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) eigenverantwortlich tätig sein zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) ein gutes Angebot an Fort- und Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) eine betriebliche Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. An welchem Arbeitsplatz sehen Sie sich in **2** Jahren?

- Eigene Niederlassung Anstellung in einer Praxis/einem MVZ Klinik
 Wissenschaftliche Tätigkeit Anstellung in der Privatwirtschaft

Sonstiges _____

48. Mit welcher Wochenarbeitszeit möchten Sie in **2** Jahren voraussichtlich tätig sein? Stunden

49. An welchem Arbeitsplatz sehen Sie sich in **10** Jahren?

- Eigene Niederlassung Anstellung in einer Praxis/einem MVZ Klinik
 Wissenschaftliche Tätigkeit Anstellung in der Privatwirtschaft

Sonstiges _____

50. Mit welcher Wochenarbeitszeit möchten Sie in **10** Jahren voraussichtlich tätig sein? Stunden

51. Mit Blick auf eine etwaige zukünftige Niederlassung: Welchen Weg würden Sie bevorzugen?

- Neugründung einer Praxis Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. eines Praxisanteils

Sonstiges: _____

52. Wenn Sie sich vorstellen können, sich niederzulassen: Welche Form der Niederlassung würden Sie bevorzugen?

- Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG, ehem. Gemeinschaftspraxis)

MVZ Sonstiges: _____

53. Falls Sie sich nicht vorstellen können, sich niederzulassen: Welche Gründe sprechen für Sie dagegen?

54. Fühlen Sie sich für eine eigene Niederlassung gut vorbereitet?

 Ja Nein → Falls nein, bitte erläutern Sie: _____

55. Würden Sie es befürworten, dass interessierte Ärztinnen und Ärzte an einem vom KW Hessen angebotenen Coaching teilnehmen können, das die Praxisübergabe und Praxisübernahme begleitet?

 Ja Nein

56. Würden Sie selbst bei einer etwaigen Praxisübernahme ein vom KW Hessen angebotenes, begleitendes Coaching in Anspruch nehmen?

ganz sicher: ja ganz sicher: nein

57. Wie viele Einwohner sollte Ihr zukünftiger Arbeitsort idealerweise haben (Arbeitsort muss nicht Wohnort entsprechen)?

 bis zu 5.000 zwischen 5.001 und 20.000 zwischen 20.001 und 50.000 zwischen 50.001 und 100.000 mehr als 100.000 weiß ich nicht/keine Angabe

58. Wo wollen Sie in Zukunft berufstätig sein?

 in Hessen in einem anderen Bundesland → Falls ja, in: _____ im Ausland → Falls ja, in: _____

Das fand ich während der Weiterbildung besonders gut:

Das sollte an der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin noch verbessert werden:

vielen Dank für Ihre Unterstützung!